



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2011

**CATARINA RIBAU
CALADO**

CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E NÃO LÍCITAS NO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

*“É melhor tentar e falhar,
que preocupar-se e ver a vida
passar.*

*É melhor tentar, ainda que em
vão, que sentar-se fazendo nada
até o final.*

*Eu prefiro na chuva caminhar,
que em dias tristes me esconder.*

*Prefiro ser feliz embora louco,
que em conformidade viver.”*

Martin Luther King

o júri

presidente

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
professora auxiliar com agregação da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes
professora da Escola Superior de Saúde de Viseu

Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro
professora auxiliar convidada da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Ao longo deste percurso foi possível perceber que, apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, o trabalho exigido por uma dissertação reúne contributos valiosos de diversas pessoas.

Desde o início, contei com a confiança e o apoio de inúmeras pessoas entre professores, colegas e amigos. Sem eles esta investigação não teria sido possível!

À Professora Doutora Sara Monteiro, orientadora da dissertação, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho. Acima de tudo, obrigada por me continuar a acompanhar nesta jornada e por estimular o meu interesse pelo conhecimento e pela vida académica.

À Professora Doutora Anabela Pereira que sempre me acompanhou ao longo do meu percurso académico e a quem devo muito daquilo que hoje sou...um especial agradecimento.

A todos os participantes do estudo que generosamente cooperaram neste trabalho. Agradeço toda a receptividade, interesse e contribuição dada, determinantes para a concretização de tudo isto.

À família e a todos os amigos que fizeram parte dos momentos de angústia e frustração, mas também dos momentos de satisfação e contentamento.

palavras-chave

adulterez emergente; universidade; drogas lícitas e ilícitas; comportamentos de risco.

resumo

O consumo de drogas lícitas e não lícitas está presente em todos os países do mundo, abrangendo várias idades e estádios de desenvolvimento. Uma grande preocupação com o uso destas substâncias é, actualmente, notória entre os estudantes, nomeadamente os universitários. Estes passam por uma etapa caracterizada por alterações na habitação, educação e relacionamentos amorosos, mudanças essas, muitas vezes, mediadas por comportamentos de risco.

O presente estudo tem como principal objectivo delinear o perfil do consumo (uso ocasional, abuso ou dependência) de substâncias psicoactivas numa amostra de estudantes universitários e investigar as possíveis relações entre este consumo e a sintomatologia depressiva. Para tal, foi realizado um estudo descritivo, do qual faz parte uma amostra de 511 estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 e os 51 anos. Os instrumentos utilizados para este fim foram: um inquérito por questionário referente aos dados sócio-demográficos e culturais, o “Questionário de Caracterização da População” – ECRIP, desenvolvido pela rede IREFREA e o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II).

Dos resultados obtidos destacam-se: a cannabis como a droga preferida pelos jovens, sendo consumida, na sua maioria, de forma recreativa e esporádica; o consumo de drogas associado aos factores socioeducativos e culturais, sobretudo no que concerne à escolaridade do pai [$\chi^2(3)=15,229$, $p=0,002$, $p<0,05$]; os comportamentos de risco existentes no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas, pelos jovens inquiridos, como na estimulação ou desinibição das práticas sexuais; e ainda o facto dos inquiridos considerarem as drogas como potenciadoras das relações sociais [$\chi^2(1)=6,648$, $p=0,01$, $p<0,05$], sobretudo com indivíduos do género oposto. Na análise da eventual relação entre a depressão e o consumo de drogas, os dados não permitem inferir a existência de uma relação directa, mantendo-se assim a dúvida de muitos autores.

Deste modo, o presente estudo torna-se pertinente na medida em que permite compreender as características de consumo e o perfil da população de interesse, de forma a, poder adequar e melhorar a resposta às necessidades reais destes indivíduos.

keywords

emerging adulthood; university; licit and illicit drugs; risk behaviors.

abstract

The consumption of licit and illicit drugs is present in every country in the world, covering different ages and stages of development. Nowadays, students, especially college ones, are really concerned about the use of drugs. These students go through a process characterized by changes in housing, education and loving relationships, these changes often mediated by risk behaviours. This study's main objective is to delineate the profile of consumption (occasional use, abuse or dependence) and substance abuse in a sample of university students and to investigate possible links between this consumption and depressive symptoms. To this end, a descriptive study, which is part of a sample of 511 college students, aged between 18 and 51 years. The instruments used for this purpose were: a survey concerning the demographic and socio-cultural, the "Characterization Questionnaire of Population" - ECRIP, developed by the network IREFREA and Beck Depression Inventory II (BDI-II). The results obtained are: cannabis is the drug chosen by the majority of young people, mostly sporadic and recreationally; drug use associated to socio-cultural factors, especially with regard to the father's education [$\chi^2(3)=15,229$, $p=0,002$, $p < 0,05$]; risk behaviours existing in the consumption of psychoactive substances by young people surveyed, such as stimulation or disinhibition of sexual practices, and also the fact that the respondents consider drugs as an enabler of social relations [$\chi^2(1)=6,648$, $p=0,01$, $p < 0,05$], especially with individuals of the opposite gender. Analyzing the possible relationship between depression and drug use, the data do not indicate the existence of a direct relationship, therefore many authors remain doubtful. Thus, this study becomes relevant because it allows the consumer to understand the characteristics and the profile of the population of interest, in order to be able to adapt and improve the real needs of these individuals.

Índice

Introdução	1
Metodologia.....	8
Método.....	8
Seleção da amostra.....	8
Caracterização da amostra	9
Instrumentos	11
Procedimentos	13
Resultados.....	13
Discussão	19
Bibliografia.....	23

Índice de tabelas

Tabela 1.	9
Tabela 2.	9
Tabela 3.	10
Tabela 4.	11
Tabela 5.	13
Tabela 6.	14
Tabela 7.	14
Tabela 8.	15
Tabela 9.	16
Tabela 10.	17
Tabela 11.	18
Tabela 12.	19

Introdução

O termo droga presta-se a várias interpretações. Para o senso comum, droga é uma substância proibida, de uso ilegal e nocivo ao indivíduo, modificando-lhe as funções, as sensações, o humor e o comportamento. Numa dimensão química e farmacológica, droga é *“todo o conjunto de substâncias químicas introduzidas voluntariamente no organismo com o fim de modificar as condições psíquicas e que, enquanto tal, criam mais ou menos facilmente uma situação de dependência no sujeito”* (Jervis, 1977; cit. por Fernandes, 1997, p.8).

Sob o ponto de vista legal, as drogas podem ser classificadas como lícitas/legais ou ilícitas/ilegais. Ao nível fisiológico e bioquímico são chamadas de drogas psicotrópicas, também conhecidas como substâncias psicoactivas, e funcionam no sistema nervoso central (substâncias depressoras, estimulantes ou perturbadoras do SNC) segundo o comportamento de consumo (Coon & Mitterer, 2008). Este último pode ser: experimental (curto tempo baseado na curiosidade); de recreação social (situações sociais usadas pelo prazer ou relaxamento); situacional (usado para lidar com um dado problema); intensivo (uso diário) e compulsivo (uso intensivo e dependência extrema).

Por razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, o consumo de drogas, tornou-se foco de atenção mundial dada a dimensão que o seu impacto adquiriu na sociedade moderna (Parker, Williams, & Aldridge, 2002; Coon & Mitterer, 2008), constituindo um problema relevante, em função da sua alta incidência e dos riscos à saúde provenientes deste uso (Peuker, Rosemberg, Cunha, & Araújo, 2010).

A problemática da droga estende-se ao nível global. O consumo de drogas lícitas tais como álcool, tabaco e xantinas está presente em todos os países do mundo (NIAAA, 1998; WHO, 1999). As drogas ilícitas parecem também seguir estes passos, uma vez que o seu consumo atinge cerca de 5,0% da população mundial (aproximadamente 200 milhões de pessoas) com idades compreendidas entre os 15 e 64 anos. Tal consumo parece estar “normalizado”, abrangendo vários grupos sociais na sociedade moderna (Parker et al., 2002; Duff, 2005). Segundo Parker e colaboradores (2002) a maioria dos indivíduos, com menos de 50 anos, já tiveram contacto com drogas e alguns são consumidores habituais. Entre as drogas ilícitas, a mais consumida é a cannabis, o que apoia as conclusões de alguns estudos e relatórios mundiais (162 milhões de pessoas - WHO, 2000; Pope, Gruber, Hudson, Huestis, & Yurgelun-Todd, 2001; Lemos et al., 2006; UNODCCP, 2006;

UNODC, 2004; UNODC, 2005; UNODC, 2007). Esta continua a ser a droga ilícita mais popular na Europa, apesar de ser possível observar grandes diferenças na prevalência do seu consumo entre os diversos países, aspecto patente no facto de as estimativas mais elevadas serem mais de 30 vezes superiores às estimativas mais baixas (OEDT, 2010). Seguem-se as anfetaminas e meta-anfetaminas (25 milhões em 2000-2007 - WHO, 2000; Lemos et al., 2006; UNODCCP, 2006; UNODC, 2007) que deverão ultrapassar o número de usuários de opiáceos e de cocaína (UNODC, 2010), sucedem-se os opiáceos, ou seja, heroína, morfina, ópio e opiáceos sintéticos (16 milhões, dos quais 11 milhões são consumidores de heroína), a cocaína (13 milhões) e, por fim, o ecstasy (9 milhões) (WHO, 2000; Lemos et al., 2006; UNODCCP, 2006; UNODC, 2007).

Portugal não é excepção, segundo os dados oficiais de 2007 (IDT, 2007), a cannabis é a droga ilícita com maior prevalência de consumo na população jovem (15-34 anos), seguindo-se a cocaína e o ecstasy. O consumo das substâncias ilícitas estende-se no território nacional, abrangendo todas as zonas do litoral e interior do país. É de realçar que as regiões do Algarve e Lisboa apresentam as taxas mais elevadas de prevalência de consumo de substâncias ilícitas, nos últimos 30 dias e ao longo da vida (IDT, 2007).

O aparecimento de novas drogas e, consequentemente, outros princípios activos que culminam em novos efeitos capazes de oferecer prazer ao público ávido por novas sensações, despoletou um *boom* não só no consumo, mas também na sua presença em períodos cada vez mais precoces na vida das pessoas (Baus, Kupek, & Pires, 2002; Paes de Pontes, Rocha, Ganem, & Milani, 2009). Segundo o relatório da OEDT (2010) todos os anos aparecem novas substâncias. Em 2009, foram identificadas 24 novas drogas sintéticas, padrão que parece ter-se mantido em 2010, com o aparecimento até ao primeiro semestre de 15 novas substâncias “*incluindo catinonas sintéticas, canabinóides sintéticos e novos derivados sintéticos semelhantes à cocaína e anfetaminas*” (OEDT, 2010, p.20).

Segundo Coon e Mitterer (2008, p.200) “*People seek drug experiences for many reasons, ranging from curiosity and a desire to belong to a group, to a search for meaning or an escape from feelings of inadequacy*”. A maioria dos indivíduos utiliza regularmente drogas para alterar a consciência devido à sua influência directa na actividade cerebral (Julien, 2005).

Measham (2004) refere que o uso de substâncias legais e ilegais é apenas uma das muitas opções disponíveis para os jovens. Os seus estudos sugerem que a necessidade de

obtenção de prazer e de risco faz com que o consumo de drogas não seja uma rara escolha recreativa entre os jovens. A droga deixa então de estar confinada a populações excluídas e residuais e começa a expandir-se entre os grupos de jovens que afirmam usá-la sobretudo em contextos recreativos (Mourão & Amaro, 2008). O enorme peso cultural do álcool no qual o acto de beber se assume como um importantíssimo acto na organização social do seu tempo livre incentiva o seu consumo recreativo (Carvalho, 1997; Matos, Simões, & Foguet, 2002).

O uso de drogas em contexto recreativo tem sido, portanto, considerado preocupante (Oliveira, 1997; Lomba, Apóstolo, Mendes, & Campos, 2011). Nessa fase é comum os jovens recorrerem ao uso de drogas, tanto lícitas como ilícitas, sem preverem as possíveis consequências a longo prazo, seja pela necessidade de se revelarem socialmente, como uma fuga da realidade, para a obtenção de prazer ou seja por quaisquer outros motivos. Além disso, neste período da vida, as actividades culturais geralmente são celebradas com festas onde se faz notar a presença de álcool, o que pode configurar um ambiente propício para o uso experimental de outras drogas e para a prática de comportamentos de risco (conduzir alcoolizado, ter relações sexuais de risco, envolver-se em discussões e acidentes, entre outros) (Chavez, O'Brien, & Pillon, 2005). Segundo Sussman e Almes (2008), a maior prevalência de consumo de drogas lícitas ou ilícitas ocorre durante a adolescência e a transição para a adultez.

Conceptualmente, a juventude é uma categoria social, que pode ser definida como *“uma concepção, representação ou criação simbólica, fabricada pelos grupos sociais ou pelos próprios indivíduos tidos como jovens, para significar uma série de comportamentos e atitudes a eles atribuídos. Ao mesmo tempo, é uma situação vivida em comum por certos indivíduos”* (Groppo, 2000, p.278). Sociologicamente temos várias juventudes fornecidas com base na sua diversidade vivencial nas diferentes fases de transição até atingirem a maioridade.

Segundo Claes (1985), a adolescência é marcada por múltiplas mudanças significativas ao nível do corpo, das cognições, mas sobretudo na vida social e nas representações de si. Sendo caracterizada como uma fase de reestruturação interna e de mudança a vários níveis, a adolescência é considerada como um marco dos mais importantes na vida do ser humano. Paralelamente às mudanças biológicas e à construção de identidade sexual, surgem também alterações psíquicas. E, com estas, o adquirir de

valores e a procura de novas experiências com o intuito de atingir um estatuto privilegiado na relação com o outro e de adoptar comportamentos de auto-afirmação (Fundação Cascais, 1999).

O período correspondente à juventude tem vindo a alongar-se nas gerações mais recentes. O retardamento da idade do casamento e da entrada na parentalidade assim o indicam (Martins, 1993; Monteiro, Tavares, & Pereira, 2009), embora neste caso não se trate apenas de uma questão temporal. São as próprias configurações das passagens de estatuto que se encontram em alteração: o jovem tornar-se-á adulto mais tarde do que a geração dos seus pais, mas também de uma forma diferente, e os papéis sociais que vai assumindo têm igualmente um conteúdo modificado. O termo *adulter emergente* é um conceito recente na literatura e é tipicamente utilizado para descrever o período de desenvolvimento entre os 18 e os 25 anos de idade (Arnett, 2000; Reich, Zautra, & Hall, 2010). Para Reich e colaboradores (2010) o jovem adulto difere do adulto emergente, sobretudo ao nível dos papéis sociais e profissionais alcançados. Para estes autores o jovem adulto é o indivíduo que concluiu o seu percurso académico, já casou e/ou iniciou uma família e tem um percurso profissional.

A *adulter emergente*, é muitas vezes caracterizada por alterações na habitação, trabalho, educação e relacionamentos amorosos. Esta etapa é um tempo de exploração da identidade e *self-focus*; início de novos papéis, desenvolvimento de novas redes sociais, separação da família e dos amigos, maior possibilidade de escolha e oportunidades; uma maior independência, livre de restrições de tempo e de controlo social, havendo uma diminuição do apoio dos pais, da orientação e do monitoramento (Arnett, 2005; Schulenberg & Maggs, 2002). A *adulter emergente* é marcada pela formação da identidade caracterizada por “*um período de experimentação de papéis, situado entre a adolescência e a adulter*” (Monteiro et al., 2009, p.130) e pelo estabelecimento de relações interpessoais mais maduras e intimistas (Arnett, 2000; Schulenberg & Maggs, 2002).

Este fenómeno leva a caracterizar a inserção no mundo adulto como um processo caracterizado por uma grande ambiguidade social, durante o qual os jovens transaccionam as suas procuras de identidade e as ofertas de identidades disponíveis (Aubert & Sylvestre, 1998). Estas tarefas devem ser cumpridas para fazer uma transição bem sucedida para a vida adulta e, não dominá-las ou transitá-las, pode resultar em frustração e stress, os quais podem culminar em comportamentos de risco, incluindo o consumo de drogas (lícitas ou

ilícitas) (Arnett, 2005). Segundo Sanches (1990), o jovem quando bebe álcool deixa de se sentir criança, e este beber faz parte do desenvolvimento na adolescência, acrescentando Antunes (1998, p.32) que *“beber não é apenas uma ocasião para conviver, é ascender a um estado adulto imediatamente reconhecível”*. Em alguns estudos (Maggs, 1997; Peltzer & Phaswana, 1999) verificou-se que o adulto emergente viu na experimentação de substâncias uma forma de negociar as transições de desenvolvimento. Santos (1999) faz alusão aos factores socioculturais como, a crise das estruturas sociais, o desmembramento da família e da sociedade consumista mascarada na publicidade.

Durante a adultez emergente há uma diminuição da vigilância dos pais, em que estes têm, por consequência, menos influência sobre padrões de consumo do que os colegas ou pares do jovem. No entanto, durante esta fase do ciclo de vida, as relações dos jovens com os pais continuam a desempenhar um papel protector no desenvolvimento (Schulenberg & Maggs, 2002).

A maioria dos teóricos considera que os diferentes períodos de transição no desenvolvimento são normalmente um tempo de stress e medo (Arnett, 2007; cit. por Reich et al., 2010). Apesar disso os estudos revelam que grande parte dos adultos emergentes vivenciam este período com aumento de bem-estar e sentem-se optimistas quanto ao futuro, se por um lado a idade adulta envolve um aumento de riscos significa também um aumento de oportunidades (Reich et al., 2010; Monteiro, et al., 2009). Muitas vezes procuram no meio circundante símbolos socialmente aceites, atribuídos a emancipação, tais como o tabaco, o café e, muito em especial, o álcool. *“The consumption of legal and illegal drugs for pleasure should be recognized as a highly complex social issue, but instead it has been presented within a reductionist framework. Within certain boundaries the government sees the use of legal drugs (primarily alcohol and tobacco) as wholly acceptable, whereas, the use of illicit drugs in any circumstance is seen as dangerous and harmful”* (Buchanan & Young, 2000, p.410).

O consumo abusivo de substâncias tem sido um dos problemas sociais mais persistentes de todos os tempos (Coon & Mitterer, 2008). Actualmente é notória uma grande preocupação com o uso de substâncias psicoactivas entre os estudantes, nomeadamente os universitários (Mardegan, Souza, Buaiz, & Siqueira, 2007). A entrada na universidade, ainda que possibilite a vivência de sentimentos positivos e a conquista de uma meta programada, pode tornar-se por vezes num período crítico, de maior

vulnerabilidade para o início e a manutenção do uso de álcool e outras drogas (Peuker, Fogaça, & Bizarro, 2006; Reich et al., 2010). A mudança de comportamento vivenciada com o consumo de substâncias tóxicas, ainda que por um período curto e temporário, pode provocar nos indivíduos sentimentos agradáveis ou mesmo de alívio quando existe um problema, seja ele físico, psicológico ou social, o que favorece e estimula o seu uso (Andrade et al., 1997).

Segundo Reich e colaboradores (2010), é no período de mudanças na adultez emergente que as taxas de comportamentos de risco são mais elevadas e tendem a culminar numa *depressão major*. Campo et al. (s/d; cit. por Velez, Sánchez Ortiz, & Garzón, 2008) encontraram vários estudos que concluem que a avaliação precoce de perturbações psicológicas como a depressão e ansiedade nos estudantes do ensino superior, não só minimiza a possibilidade de insucesso acadêmico, como também reduz significativamente outras condutas de risco para a saúde como fumar, consumir álcool ou distúrbios alimentares associados.

Nos seus estudos, Betler (1987) verificou que os jovens com elevados níveis de auto-estima estão associados a menor consumo de cannabis. Outros autores verificaram que a depressão, a ansiedade, o auto-conceito negativo (Blau et al., 1980), a introversão, a vida familiar pobre, a timidez e a fobia social (Echeburúa, 1999) assumem uma postura favorável face às drogas, havendo maior propensão para o consumo.

Segundo Grant (1995), vários estudos revelam que o abuso de drogas ilícitas e a dependência geralmente co-ocorrem com a depressão. Este autor refere que comparando os indivíduos com depressão com os indivíduos sem depressão, verifica-se que os primeiros são três vezes mais propensos ao abuso de cannabis/marijuana e têm seis vezes mais hipóteses de serem dependentes desta substância. Por outro lado, Grant (1995) verificou que os indivíduos com *depressão major* em comparação com indivíduos sem depressão tendem a ter nove vezes mais hipóteses de serem dependentes de anfetaminas, e estão cinco vezes mais propensos ao uso de alucionogêneos, aumentando sete vezes as hipóteses de dependência.

Um estudo de adolescentes com diagnóstico de abuso de uma substância (álcool ou drogas ilícitas) ou já dependentes, descobriu que tanto os consumidores do género feminino como masculino toxicodependentes tinham quase três vezes mais *depressão major* (Latimer, Stone, Voight, Winters, & August, 2002). Para Dilsaver (1987) o abuso de

substâncias tem sido relacionado à ocorrência de episódios depressivos. A co-ocorrência de perturbações devido ao uso de substâncias psicoactivas e perturbações mentais tem sido amplamente reconhecida. Não só a depressão e o abuso de substâncias partilham certas consequências, como algumas pesquisas mostram que a combinação das duas perturbações intensifica as consequências adversas de qualquer perturbação individualmente.

A depressão e o uso de substâncias pode ter um efeito cíclico, Hussong e colaboradores (2001) mostraram que a tristeza do fim-de-semana é um indicador do uso de álcool pelos alunos, que por sua vez, é um indicador de outras tristezas de fim-de-semana. Segundo este estudo, esta relação é mais evidente em estudantes do género masculino do que no feminino.

A co-ocorrência da depressão e a desordem de consumo de drogas pode ser explicada por dois caminhos. Por um lado, uma desordem pode surgir em reacção à outra ou as duas podem acontecer porque ambas estão propensas por factores de risco genéticos ou ambientais (Swendsen & Merikangas, 2000). Por exemplo, a depressão, através da auto-medicação para diminuir os seus sentimentos negativos pode culminar no consumo de drogas. Por outro lado, o consumo pode levar à depressão devido aos efeitos adversos no cérebro e corpo ou as duas situações podem surgir em indivíduos com limitado suporte social (Nurnberger, Foroud, Flury, Meyer, & Wiegand, 2002). Swendsen e Merikangas (2000) referem que as investigações em adolescentes mostraram um aumento da probabilidade de que o uso de drogas precede o aparecimento da depressão.

Um dos caminhos que os investigadores procuram investigar na relação entre as duas desordens é avaliar qual das duas se desenvolve primeiro. Infelizmente, as evidências são inconsistentes, por um lado, verifica-se que a idade de consumo pode ser muito baixa e outros referem uma idade mais avançada no aparecimento da depressão (Petrakis, Gonzalez, Rosenheck, & Krystal, 2002). Estudos sugerem que o uso de drogas ilícitas na vida do adulto emergente não se desenvolve de forma monolítica ou anacrónica. Nas sinergias devem ser consideradas as influências: familiares, os aspectos sócio-demográficos, económicos e culturais. Para Soller (2010) as relações familiares e o status económico e social afectam a construção do conceito de droga bem como o seu consumo.

De entre o leque dos factores sócio-demográficos destacam-se o género, o estado civil, a filiação, a frequência académica e/ou o emprego. Quanto ao género, verificou-se que o consumo de drogas ilícitas é maior nos homens do que nas mulheres (Johnston,

O'Malley, Bachman, & Schulenberg, 2004; O'Malley & Johnston, 2002). Estes além de serem mais propensos ao uso de substâncias ilícitas, tendem a exercer poli-consumo, e a recorrer ao seu uso como um meio de enfrentar os seus problemas (Coon & Mitterer, 2008). Os indicadores socioeconómicos e culturais, reúnem informações sobre o nível académico e profissional dos progenitores, o estado profissional, o nível económico da família, entre outros, que podem servir como indicadores específicos e fundamentais para elaborar um perfil do usuário de drogas (Smart, Adlaf, & Walsh, 1994; Halkitis, Manasse, & McCready, 2010). Assim, vários estudos verificaram que os indivíduos com baixo nível socioeconómico e cultural, tinham mais problemas com o uso e consumo de drogas, concluindo que existe uma relação entre este indicador e o uso e abuso de drogas (Smart et al., 2005; Halkitis et al., 2010).

Desta forma e com base nos pressupostos teóricos apresentados, este trabalho tem como objectivo geral caracterizar o perfil de consumo (uso ocasional, abuso ou dependência) de substâncias psicoactivas numa amostra de estudantes universitários e investigar as possíveis relações entre este consumo e a sintomatologia depressiva.

Metodologia

Neste ponto abordar-se-á a metodologia do nosso estudo, procurando apresentar o conjunto de procedimentos elaborados, de forma a explicitar uma realidade que será palco deste estudo.

Método

O delineamento da pesquisa caracteriza-se por ser quantitativo, transversal e descritivo, sendo o protocolo de avaliação administrado a estudantes universitários num só momento.

Seleção da amostra

De acordo com os objectivos e delineamento apresentados anteriormente, foram estabelecidos alguns critérios de selecção de participantes. Dentro dos indivíduos de ambos os sexos, a selecção da amostra obedeceu a dois critérios: a) frequentar qualquer ciclo do ensino superior e b) participar voluntariamente.

Caracterização da amostra

A nossa amostra é composta por 511 alunos (Tabela 1), sendo que 190 (37,2%) são do género masculino, com uma média de 22,84 anos ($dp=4,151$), e os restantes 321 do género feminino (62,8%) cuja idade média é de 21,62 ($dp=4,297$, Mínimo 17 Máximo 51).

Tabela 1.

Caracterização da amostra (segundo o género)

	Género		Idade			
	N (511)	%	\bar{x}	dp	Mínima	Maxima
Masculino	190	37,2	22,84	4,151	17	46
Feminino	321	62,8	21,62	4,297	17	51

No que concerne ao estado civil (Tabela 2) verifica-se que 96,5% dos inquiridos são solteiros, seguindo-se dos casados com 3,3%. Ao nível da nacionalidade (Tabela 2), estamos perante uma amostra predominantemente portuguesa (95,9%), seguindo-se a nacionalidade brasileira (1,2%). Os restantes elementos da amostra estão dispersos por outros países, principalmente africanos e europeus.

Tabela 2.

Caracterização da amostra (segundo o género)

	Género				Total	
	Masculino		Feminino			
	N (190)	%	N (321)	%	N (511)	%
Estado Civil						
Solteiro(a)	183	96,3	310	96,6	493	96,5
Casado(a)	6	3,2	11	3,4	17	3,3
Viúvo(a)	1	0,5	0	0	1	0,2
Nacionalidade						
Portuguesa	182	95,8	308	96	490	95,9
Brasileira	3	1,6	3	0,9	6	1,2
Africana	2	1,1	3	0,9	5	1
Europeia	2	1,1	4	1,2	6	1,2
Outras	1	0,5	3	0,9	4	0,8
Ciclo						
1º Ciclo	76	40	201	62,6	277	54,2
2º Ciclo	110	57,9	115	35,8	225	44
3º Ciclo	4	1,6	5	2,1	9	1,8
Ano						
1º ano	114	60	212	66	326	63,8
2º ano	46	24,2	33	10,3	79	15,5
3º ano	30	15,8	76	23,7	106	20,7
Área de Licenciatura						
Saúde	18	9,5	65	20,2	83	16,2
Letras	18	9,5	66	20,6	84	16,4
Engenharia	104	54,7	25	7,8	129	25,2
Ciências	38	20	155	48,3	193	37,8
Arte e turismo	12	6,3	10	3,1	22	4,3

Por outro lado, verifica-se que mais de metade dos inquiridos (54,2%) frequentam o 1º ciclo, com maior expressividade no 1º ano (27,4%); 44% frequentam o 2º ciclo, destacando-se o 1º ano com 35,4%; e apenas 1,8% frequentam o 3º ciclo. Quanto às áreas científicas (Tabela 2), cerca de 38% dos participantes estão em cursos na área das ciências e 25% frequentam cursos de engenharia; as áreas de saúde e de letras têm cerca de 16% cada e, com menos expressividade, temos os alunos de arte e turismo com apenas 4,3%.

Tabela 3.

Caracterização sociocultural familiar da amostra (segundo o género)

	Género				Total	
	Masculino		Feminino		N (511)	%
	N (190)	%	N (321)	%		
Escolaridade do pai						
Sem instrução	5	2,6	6	1,9	11	2,2
Ensino Básico	92	48,4	187	58,3	279	54,6
Ensino Secundário	49	25,8	82	25,5	131	25,6
Ensino Superior	44	23,2	46	14,3	90	17,6
Escolaridade da mãe						
Sem instrução	4	2,1	4	1,2	8	1,6
Ensino Básico	77	40,5	178	55,5	255	49,9
Ensino Secundário	56	29,5	82	25,5	138	27
Ensino Superior	53	27,9	57	17,8	110	21,5
Com quem vive						
Família	130	68,4	224	69,8	354	69,3
Namorado	4	2,1	19	5,9	23	4,5
Residência escolar	13	6,8	26	8,1	39	7,6
Amigos	23	12,1	37	11,5	60	11,7
Sozinho	20	10,5	15	4,7	35	6,8

Ao nível da caracterização sociocultural da família dos inquiridos (Tabela 3) verifica-se que mais de 50% dos progenitores possuem apenas o ensino básico, seguindo-se os que concluíram o ensino secundário (pai=25,6%; mãe=27%) e, por último, o ensino superior (pai=17,6%; mãe=21,5%). De referir que a maioria dos inquiridos co-habita com a família (69,3%), contra 11,7% e 7,6% que vivem com amigos ou em residência escolar, respectivamente.

Quanto à caracterização socioeconómica da família dos participantes (Tabela 4) verifica-se que estamos perante uma amostra muito heterogénea. Ainda assim, é de salientar que, ao nível profissional, 20,4% das progenitoras estão ligadas à agricultura, 15,9% são empregadas de escritório e 10,4% domésticas. Por outro lado, a figura paterna, exerce por conta própria (15,5%); 14,1% são empregados de escritório e 13,1% operários.

Destaca-se, neste ponto, o elevado número de indivíduos que se encontram desempregados.

Tabela 4.

Caracterização socioeconómica/profissional familiar da amostra (segundo o género)

	Género				Total	
	Masculino		Feminino			
	N (190)	%	N (321)	%	N (511)	%
Profissão do Pai						
1	6	1,2	3	0,8	9	1,8
2	25	4,9	22	4,3	47	9,2
3	6	1,2	15	2,9	21	4,1
4	9	1,9	21	4,1	30	5,9
5	12	2,3	12	2,3	24	4,7
6	16	3,1	29	5,7	45	8,8
7	36	7	43	8,4	79	15,5
8	27	5,3	45	8,9	72	14,1
9	17	3,3	50	9,9	67	13,1
10	6	1,2	12	2,3	18	3,5
11	7	1,4	17	3,3	24	4,7
12	23	4,5	52	10,2	78	14,7
Profissão da Mãe						
1	1	0,2	4	0,8	5	1
2	11	2,2	8	1,6	19	3,7
3	9	1,8	5	1,0	14	2,7
4	10	2,0	10	2,0	20	3,9
5	25	4,9	29	5,7	54	10,6
6	12	2,3	20	3,9	32	6,3
7	21	4,1	28	5,5	49	9,6
8	29	5,7	52	10,2	81	15,9
9	9	1,8	29	5,7	38	7,4
10	32	6,3	72	14,1	104	20,4
11	16	3,1	37	7,2	53	10,4
12	15	2,9	27	5,3	42	8,2

Nota: Martins (1993); Martins & Parchão (2000).

1. Dirigentes superiores do Estado e de organismos públicos; 2. Empresários, administradores e dirigentes de empresas; 3. Profissões liberais (médicos, advogados, contabilistas que trabalhem por conta própria); 4. Quadros técnicos superiores dos sectores públicos e privado; 5. Professores; 6. Quadros técnicos intermédios dos sectores públicos e privados; 7. Trabalhadores por conta própria no comércio, serviços e actividades industriais; 8. Empregados de escritório, comércio e serviços; 9. Operários; 10. Agricultores ou pescadores; 11. Domésticos; 12. Outra situação (desempregados).

Instrumentos

O inquérito por questionário constitui-se como a técnica mais utilizada no âmbito da investigação conforme refere Pardal e Correia (1995), sendo uma forma de obter dados sistematizados em categorias pré-definidas pelo investigador. O inquérito por questionário, neste estudo, visa então obter os dados sócio-demográficos e culturais, isto é, pretende recolher informações sobre o género, idade, nacionalidade, background socioeducativo, económico e o percurso escolar (curso que frequenta, tipo de aluno). Procuramos assim

caracterizar a população alvo deste estudo, bem como recolher a opinião da mesma sobre as drogas lícitas e ilícitas.

Utilizou-se também o “Questionário de Caracterização da População”, que integra o ECRIP, desenvolvido pela rede IREFREA (Instituto Europeu para o Estudo dos Factores de Risco e Factores de Protecção em Crianças e Adolescentes) em 2005 e adaptado para Português, em 2006, pelo IREFREA (Lomba & Mendes, 2006; Lomba et al., 2008). O instrumento utilizado neste estudo, anteriormente utilizado por Lomba e colaboradores (2008), foi desenvolvido com o intuito de avaliar um leque alargado de aspectos comportamentais associados à vida nocturna (ex. comportamentos de risco de âmbito sexual, de consumo de álcool e drogas, entre outros que não serão aqui abordados).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um dos testes mais frequentemente utilizados na prática clínica para detectar e medir a sintomatologia depressiva em populações normais (Piotrowski, Sherry, & Keller, 1985), situando-se seguramente entre os doze testes psicológicos mais utilizados mundialmente (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). Assim, o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) foi outro dos instrumentos utilizados, sendo composto por duas subescalas: a depressão afectivo-cognitiva (item 1 ao 13) e a depressão fisiológica-comportamental (item 14 ao 21). Esta escala é cotada de 0 a 3 em cada categoria, sendo que o seu total corresponde a 63. As mesmas estão ordenadas de acordo com a severidade do sintoma que avaliam, pelo que o três é o valor representativo de uma maior sintomatologia depressiva (Beck, Steer, & Brown, 1996). O sujeito deverá escolher, em cada grupo, a afirmação que considera descrever com maior exactidão a forma como se tem vindo a sentir nas últimas semanas e no momento actual.

Em 1996, Beck e colaboradores, sugeriram os seguintes valores de corte: valores entre 0 e 13 seriam próprios de sintomatologia depressiva “mínima”; valores entre 14 - 19 seriam indicadores de sintomatologia “ligeira”; valores entre 20 - 28 seriam indicadores de sintomatologia “moderada” e valores entre 29 - 63 revelavam depressão “grave” ou “severa”. É de ressaltar que esta pontuação foi escalonada por Beck (1996) para a população americana, tendo Coelho e Martins (2002) adoptado os mesmos valores para a população portuguesa.

Os resultados de Coelho e Martins (2002), quanto à prevalência de sintomatologia depressiva avaliada pelo BDI-II, demonstraram uma média das pontuações totais no BDI-II

de 10,31 com $dp=8,43$. O coeficiente Alpha de Cronbach foi de 0,89, revelando assim uma boa fidelidade. Um estudo da consistência interna da escala foi realizado, tendo esta apresentando uma boa consistência interna (0,87). A análise do coeficiente de fidelidade para o BDI-II, na presente amostra, é de 0,894.

Procedimentos

No presente estudo importa referir dois momentos distintos. No decorrer do mês de Janeiro foram contactados diversos docentes com vista a explicitar o objectivo geral do estudo e a solicitar a colaboração na recolha de dados. Nesse sentido foi pedido para que pudessem ceder algum tempo das aulas leccionadas. Durante os meses seguintes, Fevereiro, Março e Abril, em contexto sala de aula, passou-se à administração dos questionários, não esquecendo de fornecer informação acerca do objectivo geral do estudo, do carácter voluntário de participação e da garantia da confidencialidade das respostas.

As análises estatísticas foram executadas e os dados resultantes analisados mediante o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16, com que procedemos aos cálculos necessários para as estatísticas descritivas e inferenciais. Em relação às estatísticas descritivas, foram calculadas frequências, percentagens, médias e desvios-padrão das variáveis caracterizadoras.

Resultados

Os dados da Tabela 5 mostram que 25,8% dos universitários inquiridos já consumiram ou ainda consomem drogas ilícitas, de entre as quais a cannabis assume a preferência de 16,8% dos jovens.

Tabela 5.

Consumo de substâncias ilícitas segundo o género (N=511)

Substância	Categoria	Gênero				Total	
		Masculino		Feminino			
		N (190)	37,2%	N (321)	62,8%	N (511)	100%
Ecstasy	Sim	5	2,6	5	1,6	10	2
	Não	185	97,4	316	98,4	501	98
Cocaína/Heroína	Sim	7	1,6	5	3,7	12	2,3
	Não	183	98,4	316	96,3	499	97,7
Charros/Cannabis	Sim	52	27,4	34	10,6	86	16,8
	Não	138	72,6	287	89,4	425	83,2
Outras subs.	Sim	18	9,5	6	1,9	24	4,7
	Não	172	90,5	315	98,1	487	65,3

A cannabis, como verificamos anteriormente, é a droga preferida dos jovens universitários cuja idade média do início do consumo é de 16,95 ($dp=1,11$), no entanto verifica-se, também na Tabela 6, que existe um hiato etário no contacto com outras drogas, cuja idade média do primeiro consumo ronda os 19 anos, como ocorre com o ecstasy ($\bar{x}=19,4$, $dp=2,6$), o popper ($\bar{x}=19,27$, $dp=3,38$) e os cogumelos ($\bar{x}=19,20$, $dp=3,94$).

Tabela 6.

Substâncias psicoactivas consumidas, regularidade e idade do 1.º consumo

Substância	Ex-consumidor		Consumo		Idade do 1º Consumo	
	N	%	N	%	\bar{x}	dp
Cannabis/Charro	4	36,4	7	63,6	16,95	1,11
Cocaína	10	90,9	1	9,1	21,8	3,16
Ecstasy	8	80	2	20	19,4	2,6
LSD	1	100	0	0	20	0
Anfetaminas	2	100	0	0	20	0
Heroína	0	0	1	100	22	0
Popper	8	66,7	4	33,3	19,27	3,38
Cogumelos	8	80	2	20	19,2	3,94

Por outro lado, drogas como cocaína ($\bar{x}=21,8$, $dp=3,16$), anfetaminas ($\bar{x}=20$, $dp=0$), heroína ($\bar{x}=22$, $dp=0$) e LSD ($\bar{x}=20$, $dp=0$) são escolhidas por indivíduos com idade superior a 20 anos (Tabela 6).

Tabela 7.

Consumo de substâncias ilícitas segundo o género (N=511)

Substância	Categoria	Gênero (por droga)				Total	
		Masculino		Feminino			
		N (190)	37,2%	N (321)	62,8%	N	100%
Ecstasy	Raro	4	66,7	3	75	7	5,51
	Às Vezes	2	33,3	1	25	3	2,36
Cocaína/Heroína/Ópio	Raro	4	66,7	4	100	8	6,3
	Às Vezes	2	33,3	0	0	2	1,57
Charros/Cannabis	Raro	29	56,9	18	54,5	47	37,01
	Às vezes	17	33,3	10	30,3	27	21,26
	Freq.	3	5,9	2	6,1	5	3,94
	Sempre	2	3,9	3	9,1	5	3,94
Outras subs.	Raro	11	61,1	1	20	12	9,45
	Às vezes	5	27,8	1	20	6	4,72
	Freq.	1	5,6	2	40	3	2,36
	Sempre	1	5,6	1	20	2	1,57

Os tipos de uso das diferentes drogas foram quantificados, segundo a frequência do consumo, na Tabela 7. De entre o leque de drogas ilícitas apresentadas aos inquiridos,

verifica-se que o consumo é raro ou esporádico, sobretudo, no que concerne ao uso de ecstasy, cocaína, heroína e ópio. Ainda que 21,26% dos inquiridos refiram que consomem esporadicamente a cannabis, cerca de 8% assumem o consumo desta droga como frequente ou diário. É ainda de realçar que, em conformidade com os dados apresentados na Tabela 7, não se verificam divergências segundo o género.

Na Tabela 8, constatamos que, dos jovens universitários que não usam drogas, um número expressivo (36,8%) refere que estas não devem ser encaradas entre os pares como uma forma recreativa, tal como não devem ser consideradas desinibidores (45,6%). Para estes sujeitos, o consumo de drogas é uma escolha pessoal (65%). Relativamente aos indivíduos que consomem ou já consumiram drogas, 9% encaram-nas como uma forma recreativa entre os estudantes contra 5,5% que discordam desta afirmação, 6,5% vêem-nas como um ótimo desinibidor e 14,9% destes sujeitos são da opinião de que o seu consumo é uma decisão pessoal contra 1,2% que discordam desta postura.

Tabela 8.

As drogas percepcionadas segundo os inquiridos (N=511)

Variável	Categoria	Uso de drogas		Chi-quadrado ¹
		Sim (%)	Não (%)	
As drogas ilícitas são uma forma recreativa entre os estudantes	Discordo	5,5	36,8	$X^2=23,134$ df=2 p=0,00 a
	Não concordo nem discordo	4,1	25,2	
	Concordo	9	19,4	
O consumo de drogas lícitas ou ilícitas é um ótimo desinibidor	Discordo	6,5	45,6	$X^2=28,230$ df=2 p=0,00 b
	Não concordo nem discordo	5,7	25,2	
	Concordo	6,5	10,6	
O consumo de drogas e tabaco é uma decisão pessoal	Discordo	1,2	7	$X^2=0,813$ df=2 p=0,666 c
	Não concordo nem discordo	2,5	9,4	
	Concordo	14,9	65	

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,96.

b. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,17.

c. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,81.

Através da análise da Tabela 8, podemos ainda referir que os estudantes que afirmam consumir drogas diferem de forma estatisticamente significativa dos que não as consomem, relativamente à percepção das mesmas como uma forma de uso recreativa [$X^2(2)=23,134$, $p=0,00$, $p < 0,05$]. No que concerne à percepção sobre o consumo das drogas lícitas ou ilícitas como um ótimo desinibidor, verificamos a existência de uma relação estatisticamente significativa entre esta variável e o consumo de drogas

¹ Na análise inferencial utilizaram-se os seguintes níveis de significância:
p > 0,05 – não significativo; p < 0,05 – significativo

$[X^2(2)=28,230, p=0,00, p <0,05]$. Por outro lado, verifica-se que não há qualquer dependência entre as variáveis consumo de drogas e decisão pessoal no consumo das mesmas $[X^2=0,813, p=0,666, p >0,05 \text{ n/s}^2]$.

Analisando os dados da Tabela 9, é de realçar que cerca de 7% dos consumidores de drogas provêm de famílias com baixos níveis académicos, isto é, os progenitores dos inquiridos (mãe/pai) possuem, maioritariamente, o ensino básico. Esta distribuição apenas evidencia que há um equilíbrio ao nível do grau de instrução dos progenitores.

Tabela 9.

Grau de instrução dos progenitores e consumo de drogas dos inquiridos (% total)

		Consumo de drogas						Chi-quadrado
		Sim		Não		Total		
		N	%	N	%	N	%	
Grau de instrução da Mãe	Sem grau de instrução	1	0,2	7	1,4	8	1,6	$X^2=5,601$ df=3 p=0,133 a
	Ensino Básico	38	7,4	217	42,5	255	49,9	
	Ensino Secundário	29	5,7	109	21,3	138	27	
	Ensino Superior	27	5,3	83	16,2	110	21,5	
	Total	95	18,6	416	81,4	511	100	
Grau de instrução do Pai	Sem grau de instrução	2	0,4	9	1,8	11	2,2	$X^2=15,229$ df=3 p=0,002 b
	Ensino Básico	37	7,2	242	47,4	279	54,6	
	Ensino Secundário	28	5,5	103	20,2	131	25,6	
	Ensino Superior	28	5,5	62	12,1	90	17,6	
	Total	95	18,6	416	81,4	511	100	

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,49.

b. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,05.

Analisando a associação entre o consumo de drogas e o nível de escolaridade dos progenitores (Tabela 9³) verifica-se, no que concerne à escolaridade do pai, uma associação estatisticamente significativa com o consumo de drogas $[X^2(3)=15,229, p=0,002, p <0,05]$. No entanto, parece não existir qualquer associação entre a escolaridade da progenitora e o consumo de drogas, não se manifestando qualquer significância $[X^2(3)=5,601, p=0,133, p >0,05 \text{ n/s}]$.

Os inquiridos foram questionados sobre vários aspectos perceptivos quanto ao papel da droga como agente socializador, desinibidor social ou relacional, estimulante e

² n/s – não significativo

³ Na tabela 9, verifica-se que existem 12,5% de células com frequência esperada inferior a 5, assim os valores são validados segundo o pressuposto do chi-quadrado que estabelece a obrigatoriedade de pelo menos 80% das células apresentarem frequências superiores a 5 (Lourenço, 2004; David & Sutton, 2004).

desinibidor sexual. Segundo os dados obtidos na Tabela 10, verifica-se que de entre os 95 consumidores inquiridos, apenas 5 (1% da amostra) atribuem à droga a função de facilitadora das relações sociais. É de realçar que igual número de indivíduos que nunca consumiram, corroboram a mesma percepção. Se por um lado um pequeno número de inquiridos considera a droga um elemento potenciador de relações sociais, por outro, parecem atribuir-lhe um papel limitador das mesmas, tendo mesmo existido algumas rupturas relacionais (6,3%). Um número bastante expressivo da amostra (cerca de 98%) considera que as drogas não permitem um maior sucesso com o sexo oposto.

Ainda em conformidade com os dados da Tabela 10, verifica-se que emergem alguns comportamentos de risco com maior expressividade no grupo que consome ou consumiu drogas, nomeadamente praticar relações sexuais sob o efeito de drogas (6,3%). De entre os indivíduos que consideram a droga um desinibidor e potenciador sexual, verifica-se que os indivíduos que afirmam consumir drogas recorrem ao álcool como desinibidor (33,3%) e potenciador sexual (55,6%). Todavia, mesmo entre os sujeitos que referem não consumir drogas, 58,3% afirmam que consomem álcool como desinibidor e 33,3% consideram-no potenciador de prazer sexual.

Tabela 10.

Percepção das drogas e comportamentos de risco (N=511)

Variável	Categoria	Uso de drogas		Chi-quadrado	Teste exacto de fisher
		Sim (%)	Não (%)		
Pensas que ter drogas ilícitas ou consumi-las, te permite ter mais amigos?	Sim	1	1	$X^2=6,648$ df=1 p=0,010 a	0,023
	Não	17,6	80,4		
Algun dos teus amigos deixou de o ser devido ao teu uso de álcool ou drogas ilícitas?	Sim	2	4,3	$X^2=5,360$ df=1 p=0,021 b	0,036
	Não	16,6	77,1		
Pensas que ter drogas ilícitas ou consumi-las, te permite ter mais sucesso com o sexo oposto?	Sim	1	1,2	$X^2=5,360$ df=1 p=0,021 b	0,036
	Não	17,6	80,2		
Quantas vezes tiveram relações sexuais sob o efeito de drogas ilegais?	Nunca	15,2	77,7		
	Uma vez	4,5	0,8		
	A maioria das vezes	1,8	0		
Usas habitualmente álcool ou outras drogas para ajudar a ter práticas sexuais invulgaes ou muito mais excitantes?	Álcool	33,3	58,3		
	Cannabis	8,3	0		
Usas habitualmente álcool ou outras drogas para potenciar o prazer sexual?	Álcool	55,6	33,3		
	Cannabis	11,1	0		

a. 1 cells (15,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,86.

b. 1 cells (15,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,05.

Assim, verifica-se através da Tabela 10⁴, que há uma forte associação, estatisticamente significativa, entre o consumo de drogas e a percepção da mesma como potenciadora de relações sociais, isto é, rejeitamos a hipótese nula e admitimos que há uma dependência entre estas duas variáveis [$X^2(1)=6,648$, $p=0,01$, $p < 0,05$], dados corroborados pelo teste exacto de fisher ($p=0,023$, $p < 0,05$).

Dos 511 inquiridos, cerca de 2% ($N=10$) consideram que as drogas podem despoletar o interesse dos indivíduos do sexo oposto, opinião que contrasta com os restantes elementos. Para perceber em que medida essa associação é determinante concluímos, através do teste do chi-quadrado, que a associação entre as variáveis é elevada [$X^2(1)=5,360$, $p=0,021$, $p < 0,05$] corroborada pelo teste exacto de fisher ($p=0,036$, $p < 0,05$) (Tabela 10).

Tabela 11.

Percepção sobre estado de saúde e emotivo (N=511)

Variável	Categoria	Uso de drogas		Chi-quadrado
		Sim (%)	Não (%)	
Nos últimos 12 meses algumas vezes pensaste seriamente em cometer suicídio?	Sim	0,8	1,8	$X^2=1,307$ $df=1$ $p=0,253$ a Teste exacto de fisher 0,275 (2-tailed)
	Não	17,8	79,6	
Estas satisfeito com a tua vida em geral?	Sim	15,1	72,2	$X^2=4,076$ $df=1$ $p=0,043$ b
	Não	3,5	9,2	
Classificação BDI II	D. Ligeira 14-19	3,5	51,2	
	D. Moderada 20-28	16,63	18,2	
	D. Severa >29	4,6	7,9	

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,42.

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,08.

Na tabela 11 analisamos a percepção da amostra sobre o seu estado de saúde e emotivo. Pela sua leitura, mais de 20% dos inquiridos que consomem ou consumiram drogas apresentam traços depressivos, que variam entre o ligeiro e o severo. Verifica-se ainda, nestes mesmos indivíduos, a presença de ideação suicida nos últimos 12 meses (0,8%). Analisando a relação entre as variáveis, verifica-se que a hipótese nula é aceite,

⁴ Na tabela 10, verifica-se que 15% de células têm frequência esperada inferior a 5, assim os valores são validados segundo o pressuposto do chi-quadrado que estabelece a obrigatoriedade de pelo menos 80% das células apresentarem frequências superiores a 5 (Lourenço, 2004; David & Sutton, 2004).

pelo teste exacto de fisher⁵ ($p=0,275$, $p > 0,05$ n/s), isto é, não há qualquer relação entre o uso da droga e a ideação suicida. Por outro lado, e ainda segundo os dados da Tabela 11, é de notar uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis uso de drogas e satisfação de vida [$X^2(1)=4,076$, $p=0,043$, $p < 0,05$].

Tabela 12.

As drogas e o estado emotivo segundo o género (N=511)

Variável	Categoria	Género				Chi-quadrado
		Masculino		Feminino		
		N	%	N	%	
Nos últimos 12 meses, alguma vez te sentiste tão triste ou desesperado, a ponto de deixares de fazer as tuas actividades normais durante uma semana ou mais?	Sim	27	5,3	70	13,7	X ² =4,478 df=1 p=0,034 a Teste exacto de fisher 0,036
	Não	163	31,9	251	49,1	
O consumo esporádico de drogas ilícitas ou lícitas não provoca habituação.	Discordo	126	24,7	236	46,2	X ² =16,283 df=2 p=0,000 b
	Não concordo nem discordo	30	5,9	64	12,5	
	Concordo	34	6,7	21	4,1	

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36,07.

b. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,45.

Na Tabela 12, verifica-se que 19% da amostra mostra que nos últimos meses o seu estado emotivo interferiu nas suas tarefas quotidianas, dos quais 13,7% são indivíduos do sexo feminino. Os dados revelam que há uma relação entre o género e a alteração negativa do estado emotivo [$X^2(1)=4,478$, $p=0,034$, $p < 0,05$]. Verifica-se ainda uma relação entre as variáveis referentes ao género e à percepção que os inquiridos têm quanto ao consumo esporádico de drogas causar habituação [$X^2(2)=16,283$, $p=0,000$, $p < 0,05$].

Discussão

Estudos sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas entre universitários têm aumentado, nos últimos anos, de forma acelerada, na tentativa de compreender as características de consumo e o perfil da população de interesse. Estes, visam extrapolar dados para a população geral e aprimorar programas de prevenção existentes em instituições de ensino superior, de forma a responder às necessidades reais dos indivíduos que as integram.

⁵ Na tabela 11, verifica-se que 25% de células têm frequência esperada inferior a 5, assim os valores não são validados segundo o pressuposto do chi-quadrado, que estabelece a obrigatoriedade de pelo menos 80% das células apresentarem frequências superiores a 5 (Lourenço, 2004; David & Sutton, 2004).

Tendo por base a análise dos resultados efectuada anteriormente, um dos grandes objectivos seria identificar o perfil do jovem universitário consumidor de drogas ilícitas. Assim, no presente estudo, em relação à iniciação do consumo, importa referir que a cannabis é a substância preferida dos inquiridos, sendo a idade do primeiro contacto por volta dos 17 anos; já as outras drogas ilícitas são experimentadas após os 18 anos de idade. Um dos factores explicativos poderá advir da experiência universitária, destacada por Astin (1993) e Rebelo (2002), que potencia aos jovens a oportunidade de ingressar num mundo de experiências com colegas, com diferentes concepções de vida e de diversão, tornando-os num grupo vulnerável à iniciação do consumo de substâncias ilícitas (Lomba, 2006). Os dados corroboram outros estudos que referem que durante o período de transição entre a adolescência e a adultez emergente, isto é entre os 17 e os 25 anos de idade, inicia-se o consumo de drogas ilícitas, com preferência pela cannabis (charro) (WHO, 2000; Lemos et al., 2006; Lomba, 2006; UNODCCP, 2006; UNODC, 2007; UNODC, 2009; UNODC, 2010). De realçar, pelos dados analisados, que os inquiridos consomem drogas, na sua maioria, de forma recreativa e esporadicamente (56%), aumentando a sua prevalência com o aumento da idade (Coon & Mitterer, 2008; Reich et al., 2010; Lomba et al., 2011).

A adultez emergente confronta-se com sentimentos de insegurança e medo, bem como com um aumento de riscos, que significa também um aumento de oportunidades (Reich et al., 2010; Monteiro et al., 2009). No presente estudo, tal aumento de riscos é bem evidente, uma vez que os inquiridos revelam ter relações sexuais, após consumirem drogas ou álcool. Estes resultados acabam por apoiar o estudo igualmente efectuado na população universitária por Zuckerman e Kuhlman (2000), onde concluíram, que os efeitos desinibidores do álcool e das drogas têm aparentemente um papel preponderante no envolvimento em comportamentos sexuais de risco (Hayaki et al., 2006; Lomba, 2006; Bellis & Hughes, 2004; Calafat, Juan, Becoña, & Mantecón, 2008), não só os indivíduos que consomem têm mais parceiros e mais relações sexuais que um não consumidor, como ainda usam menos métodos contraceptivos (preservativo) e iniciam-se em práticas sexuais mais cedo, sendo que um terço destes tem a sua primeira experiência sexual sob o efeito de drogas.

Os comportamentos de risco de cariz sexual, com maior expressividade no grupo que consome ou consumiu drogas, são: terem relações sexuais sob o efeito de drogas, usarem-nas como desinibidor sexual para práticas invulgares e recorrerem a substâncias

lícitas e ilícitas para potenciar o prazer sexual. Os dados, aqui apresentados, corroboram outros estudos internacionais (Chavez et al., 2005; Hayaki et al., 2006; Calafat et al., 2008) e nacionais (Lomba, 2006).

Os inquiridos revelam, no entanto, uma postura ponderante quanto aos riscos e aos benefícios normalmente associados à frequência dos consumos, isto é, como utilizadores de drogas ilícitas adoptam alguns cuidados na regularidade dos consumos, procurando com esta gestão minimizar eventuais consequências negativas, em conformidade com alguma literatura revista (Cruz, Machado, & Fernandes, 2010; Kelly, 2005; Whiteacre & Pepinsky, 2002).

O estado emocional e afectivo alterado que pode surgir na adultez emergente (Reich et al., 2010; Monteiro et al., 2009), segundo a literatura, pode potenciar o consumo de substâncias lícitas ou ilícitas, procurando o efeito inibidor que as mesmas podem desencadear. No entanto, os dados não nos permitem inferir que existe uma relação directa entre o consumo de drogas e a depressão, mantendo a dúvida de muitos autores sobre quem assume o papel de causa e de consequência. Ainda assim, como Madu e Matla (2003), foi possível verificarmos a relação entre o uso de substâncias lícitas ou ilícitas e a alteração do humor ou estado emotivo.

Relativamente a este estudo, podemos ainda salientar algumas limitações: a recolha da amostra em sala de aula, que poderá ter inibido os sujeitos de se manifestarem com seriedade quanto ao consumo de drogas ilícitas; a discrepância entre o número de elementos de cada curso que não permite comparar os comportamentos aditivos ou de consumo face às áreas científicas dos jovens, isto é, não possibilita entender a existência de diferenças dos jovens face às drogas, dependendo do seu curso superior; se está mais vocacionado para áreas de saúde, tecnologias, educação, engenharias, entre outras.

Outra limitação emerge no uso dos instrumentos utilizados (com excepção do BDI-II), que abrangem um grande leque de substâncias, impossibilitando um conhecimento rígido e aprofundado do comportamento em relação a cada uma delas. Além disso, o uso da terminologia varia, ao longo dos questionários, podendo ser encontrados nomes científicos das drogas ou terminologia comum. O conjunto de questionários administrados tornou-se demasiado longo pelo que poderá ter causado alguma saturação aos inquiridos, além de que, nem todos os dados recolhidos foram analisados e explorados neste estudo, por divergirem dos objectivos que o mediavam.

O estudo limitou-se a uma amostra de um estabelecimento de ensino superior, seria portanto, pertinente que o estudo se alargasse a outros estabelecimentos, procurando desta forma elaborar um perfil de consumidor e, sobretudo, de risco de vir a ser um consumidor de drogas ilícitas. Por outro lado, o facto de não termos encontrado relação entre o consumo de drogas ilícitas e a depressão pode dever-se à amostra do estudo ser muito jovem. Tendo, estes estudantes, iniciado a sua vida académica há pouco tempo (período inferior a 5 meses) poderão ainda não ter vivenciado grande contacto com o mundo universitário (na vida académica bem como relacional). Contudo, relativamente aos indivíduos mais velhos que frequentam o 2º e 3º ciclo, ainda que existam casos de alteração dos quadros de humor e emotivos, é possível que os mesmos se dirijam aos serviços gratuitos de psicologia da instituição, os quais se encontram abertos à comunidade universitária, minimizando desta forma os traços depressivos. Este aspecto poderia ter sido explorado no inquérito por questionário, procurando entender o conhecimento que os alunos têm da instituição e dos serviços de psicologia, se já frequentaram o mesmo e, em caso afirmativo, qual o motivo relacionado com a procura do mesmo.

Um estudo longitudinal, também poderá ser uma mais valia, a fim de verificarmos a integração dos alunos na vida académica bem como a influência desta, na postura face à droga e na aquisição de comportamentos aditivos de carácter recreativo, uma vez que um elevado número de inquiridos tiveram apenas este ano contacto com a universidade. Seria ainda interessante comparar os dados em vários momentos de aplicação num mesmo ano, como antes e após a época de exames ou a semana académica.

Bibliografia

- Andrade, A. G., Bassit, A. Z., Kerr-Corrêa, F., Tonhon, A. A., Boscovitz, E. P., Cabral, M., ... Fukushima, J. T. (1997). Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. *Revista ABP-APAL*, 19(4), 117-126.
- Antunes, M. C. (1998). Os jovens e o consumo de bebidas alcoólicas. *Referência*, 1, 29-39.
- Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. doi:10.1037//0003-066X.55.5.469
- Arnett, J. (2005). The development context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drugs Issues*, 35, 235-253.
- Astin, A. (1993). *What matters in college? Four critical years revisited*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aubert, F., & Sylvestre, J. P. (1998). *Ecologie et société*. Dijon: Educagri Editions.
- Baus, J., Kupek, E., & Pires, M. (2002). Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de Saúde Pública*, 36(1), 40-46.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II* (2ª ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archive of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bellis, M., & Hughes, K. (2004). Pociones sexuales: Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*, 16(4), 249-257.
- Buchanan, J., & Young, L. (2000). The war on drugs – A war on drug users. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 7(4), 409-422. doi:10.1080/09687630050178271
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., & Mantecón A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones*, 20(1), 37-48.
- Carvalho, J. N. (1997). *Consumo de álcool e drogas nos jovens: Estudo epidemiológico no concelho de Matosinhos*. Matosinhos: Contemporânea.
- Chavez, K. A. P, O'Brien, B., & Pilon, S. C. (2005). Drugs use and risk behavior in a university community. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13(Suppl 2), 1194-1200.
- Claes, M. (1985). *Os problemas da adolescência*. Lisboa: Verbo.

- Coelho, R., & Martins, A. (2002). *Depressão na adolescência: Da investigação comunitária à clínica*. Lisboa: Edições Bial.
- Coon, D., & Mitterer, J. O. (2008). *Introduction to psychology: Gateways to mind and behaviour* (12^a ed.). Belmont: Cengage Learning.
- Cruz, O., Machado, C., & Fernandes, L. (2010). Consumo não problemático de drogas ilícitas: Experiências e estratégias de gestão dos consumos numa amostra portuguesa. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio, M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp.3174-3188). Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- David, M., & Sutton, C. D. (2004). *Social research the basics*. London: SAGE Publications.
- Dilsaver, S. C. (1987). The pathologies of substance abuse and affective disorders: An integrative model?. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 7(1), 1-10.
- Duff, C. (2005). Party drugs and party people: Examining the ‘normalization’ of recreational drug use in Melbourne, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 16(3), 161-170. doi:10.1016/j.drugpo.2005.02.001
- Echeburúa, E. (1999). *Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: Juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernandes, L. (1997). *Actores e territórios psicotrópicos: Etnografia das drogas numa periferia urbana*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- Fundação Cascais (1999). O consumo de álcool pela população juvenil portuguesa. In Fundação Cascais. *Alcoolismo em idade escolar*. Cascais: Fundação Cascais. Retirado de http://www.fd_cascais@yahoo.com/
- Grant, B. F. (1995). Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of anational survey of adults. *Journal of Substance Abuse*, 7(4), 481-497.
- Groppa, L. A. (2000). *Juventude: Ensaio sobre sociologia e história das juventudes modernas*. Rio de Janeiro: Editora Difel.
- Halkitis, P. N., Manasse, A. N., & McCready, K. C. (2010). Illicit drug use in a community-based sample of heterosexually identified emerging adults. *Journal of*

- Child & Adolescent Substance Abuse*, 19(4), 300-308.
doi:10.1080/1067828X.2010.502486
- Hayaki, J., Anderson, B., & Stein, M. (2006). Sexual risk behaviors among substance users: Relationship to impulsivity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 328-332. doi:10.1037/0893-164X.20.3.328
- Hussong, A., Hicks, R., Levy, S., & Curran, P. (2001). Specifying the relations between affect and heavy alcohol use among young adults. *Journal of abnormal Psychology*, 110(3), 449-461. doi:10.1037//0021-843X.110.3.449
- Instituto da droga e toxicodependência [IDT] (1997). *Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal*. Retirado de http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Relatorio/consumo_problematico.pdf
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2004). *Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2003*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Julien, R. (2005). *A primer of drug action: A comprehensive guide to the actions, use and side effects of psychoactive drugs* (10^a ed.). New York, NY: Worth Publishers.
- Kelly, B. (2005). Conceptions of risk in the lives of club drug-using youth. *Substance use & misuse*, 40(9-10), 1443-1459. doi:10.1081/JA-200066812
- Latimer, W. W., Stone, A. L., Voight, A., Winters, K. C., & August, G. J. (2002). Gender differences in psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(3), 310-315.
- Lemos, K. M., Neves, N. M. B., Kuwano, A. Y., Tedesqui, G., Bitencourt, A. G., Neves, F. B., ... Lima, M. M. (2006). Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(3), 118-124. doi:10.1590/S0101-60832007000300003
- Lomba, L. (2006). Os jovens e o consumo de drogas. In J. Relvas, L. Lomba, F. Mendes (Eds.). *Novas drogas e ambientes recreativos* (pp. 15-34). Loures: Lusociência.
- Lomba, L., & Mendes, F. (2006). Apresentação do projecto "Recreational Culture as a Tool to Prevent Risk Behaviours". *Referência*, 2(2), 27-33.

- Lomba, L., Apóstolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M., & Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Toxicodependências*, 14(1), 31-41.
- Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F., & Campos, D. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos nocturnos: Quem são e comportamentos que adoptam. *Toxicodependências*, 17(1), 3-15.
- Madu, S. N., & Matla, M. Q. (2003). Illicit drug use, cigarette smoking and alcohol drinking behaviour among a sample of high school adolescents in the Pietersburg area of the northern province, South Africa. *J Adolesc*, 26(1), 121-136.
- Maggs, J. L. (1997). Alcohol use and binge drinking as goal-directed action during the transition to post-secondary education. In J. Schulenberg, J. L. Maggs, & K. Hurrelmann (Eds.). *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 345-371). New York, NY: Cambridge University Press.
- Mardegan, O. S., Souza, R. S., Buaiz, V., & Siqueira, M. M. (2007). Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem. *J Bras Psiquiatr*, 56(4), 260-266.
- Martins, A. M. (1993). Ensino técnico e profissional: Que alternativa à via de ensino. *Actas do II Congresso Português de Sociologia* (Vol. I, pp.368-379). Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Sociologia e Editorial Fragmentos.
- Martins, A. M., & Parchão, Y. (2002). Doenças oncológicas e representações sociais. *Referência*, 9, 11-24.
- Matos, M., Simões, C., & Foguet, J. (2002). *A saúde dos adolescentes portugueses: Estudo nacional da rede Europeia HBSC/OMS*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Measham, F. C. (2004). Play space: Historical and socio-cultural reflections on drugs, licensed leisure locations, commercialisation and control. *International Journal of Drug Policy*, 15(5-6), 337-345. doi:10.1016/j.drugpo.2004.08.002
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2009). Adulterez emergente: na fronteira entre a adolescência e a adulterez. *Revista @mbienteeducação*, 2(1), 129-137.
- Mourão, V., & Amaro, F. (2008). Identidades fracturadas: Consumidores e abstinentes de droga em meio universitário. *Actas do VI Congresso Português de Sociologia*. Retirado de www.aps.pt/vicongresso/pdfs/177.pdf

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA] (1998). Drinking in the United States: Main findings from the 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Nurnberger, J. I., Foroud, T., Flury, L., Meyer, E. T., & Wiegand, R. (2002). Is there a genetic relationship between alcoholism and depression?. *Alcohol Res Health*, 26(3), 233-240.
- O'Malley, P. M., & Johnston, L. D. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among american college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 23-39.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies [OEDT] (2010). Retirado de <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index373FR.html>
- Oliveira, J. (1997). *Drogados e consumos de drogas: análise das representações sociais*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- Paes de Pontes, J., Rocha, P. C., Ganem, K. M., & Milani, R. G. (2009). Levantamento do uso de álcool e outras drogas entre estudantes de graduação de uma instituição de ensino superior. *VI Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar*, Brasil. Retirado de http://www.cesumar.br/epcc2009/anais/juliana_paes_pontes.pdf
- Pardal, L., & Correia, E. (1995). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.
- Parker, H, Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The normalization of sensible recreational drug use: Further evidence from the North West England longitudinal study. *Sociology*, 36(4), 941-964. doi:10.1177/003803850203600408
- Peltzer, K., & Phaswana, N. (1999). Substance use among South African university students: A quantitative and qualitative study. *Urban Health & Development Bulletin*, 2(1), 36-45.
- Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R., & Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders: An overview. *Alcohol Research & Health*, 26(2), 81-89.
- Peuker, A. C., Fogaça, J., & Bizarro, L. A. (2006). Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 193-200. doi:10.1590/S0102-37722006000200009

- Peuker, A. N., Rosemberg, R., Cunha, S. M., & Araújo, L. B. (2010). Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. *Paidéia*, 20(46), 165-173.
doi:10.1590/S0103-863X2010000200004
- Piotrowski, C., Sherry, D., & Keller, J. (1985). Psychodiagnostic test usage: A survey of the society for personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, 49(2), 115-119.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Hudson, J. I., Huestis, M. A., & Yurgelun-Todd, D. (2001). Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry*, 58(10), 909-915.
- Rebelo, H. M. (2002). *Discursos de pais e filhos em torno da transição para o ensino superior*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Reich, J. W., Zautra, A., & Hall, J. S. (2010). *Handbook of adult resilience*. New York: The Guilford Press.
- Schulenberg, J. E., & Maggs, J. L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 54-70.
- Smart, R. G., Adlaf, E. M., & Walsh, G. W. (1994). Neighborhood socio-economic factors in relation to student drug use and programs. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 37-46.
- Soller, B. (2010). *School-level effects on young adult cohabitation transitions*. Comunicação apresentada na 81 Reunião Anual da Associação Sociológica do Pacífico, Oakland.
- Sussman, S., & Almes, S. (2008). *Drug abuse: Concepts, prevention, and cessation*. Cambridge: University Press.
- Swendsen, J. D., & Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 173-189.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention [UNODCCP] (2006). *World Drug Report 2006*. New York: United Nations Publication.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2004). Retirado de http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR05_fullreport.pdf

- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2005). Retirado de http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR05_fullreport.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2007). Retirado de http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR06_fullreport.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2010). Retirado de http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR011_fullreport.pdf
- Velez, D., Sánchez Ortiz, D. L., & Garzón, C. P. C. (2008). Características de depressão e ansiedade em estudantes universitários. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Whiteacre, K., & Pepinsky, H. (2002). Controlling drug use. *Criminal Justice Policy Review*, 13(1), 21-31.
- World Health Organization [WHO] (1999). *Global status report on alcohol*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO] (2000). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Geneva: World Health Organization.
- Zuckerman, M., & Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68(6), 999-1029.

Anexos

Estudo sobre comportamentos de risco e saúde

No âmbito de um estudo sobre comportamentos de risco e saúde, solicitamos a sua colaboração no sentido de contribuir para o conhecimento desta temática. Trata-se de um estudo anónimo e confidencial, no qual a sua opinião é muito importante, não existindo respostas certas ou erradas, pelo que solicitamos que responda com sinceridade às perguntas, assinalando com um **X** a opção escolhida. Agradecemos a sua colaboração.

I. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

01. Idade _____

02. Sexo

F ☐

M ☐

03. Nacionalidade

Portuguesa ☐

Espanhola ☐

Outra: _____

04. Estado Civil

Solteiro(a) ☐

Casado(a) ☐

Divorciado(a) ☐

Viúvo(a) ☐

05. Qual o grau de instrução dos seus pais

1. Sem grau de instrução

2. Ensino Básico

3. Ensino Secundário

4. Ensino Superior

Pai

☐

Mãe

☐☐☐☐☐☐☐

06. Qual é a profissão actual dos seus pais

1. Dirigentes superiores do Estado e de organismos públicos

2. Empresários, administradores e dirigentes de empresas

3. Profissões liberais (médicos, advogados, contabilistas que trabalhem por conta própria)

4. Quadros técnicos superiores dos sectores públicos e privado

5. Professores

6. Quadros técnicos intermédios dos sectores públicos e privados

7. Trabalhadores por conta própria no comércio, serviços e actividades industriais

8. Empregados de escritório, comércio e serviços

9. Operários

10. Agricultores ou pescadores

11. Doméstico/a

12. Outra situação. Qual? _____

Pai

☐

Mãe

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

07. Com quem vive

1. Família ☐

2. Namorado/a ☐

3. Residência de estudantes ☐

4. Amigos ☐

5. Sozinho ☐

08. Ano de acesso ao ensino superior: _____

09. Que curso frequenta: _____

10. Ciclo e ano de frequência:

1º Ciclo: 1º Ano ☐ 2º Ano ☐ 3º Ano ☐

2º Ciclo: 1º Ano ☐ 2º Ano ☐

3º Ciclo: 1º Ano ☐ 2º Ano ☐ 3º Ano ☐

11. Por cada questão escolha o grau que mais se adapte a si

a) Como se avalia enquanto estudante

b) Como avalia o seu conhecimento sobre as drogas

Péssimo

☐

Mau

☐

Razoável

☐

Bom

☐

Muito Bom

☐

Não acredito

☐

Tenho dúvidas

☐

Sem opinião

☐

Crente

☐

Muito crente

☐

12. Como descreve a sua atitude face à religião

[illegible]

24. Considera que...

	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1. As drogas ilícitas são uma forma recreativa entre os estudantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O consumo de drogas e tabaco é uma decisão pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Na minha família o assunto das drogas é abordado com normalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O consumo esporádico de drogas lícitas ou ilícitas não provoca habituação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O consumo de drogas lícitas ou ilícitas é um óptimo desinibidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IREFREA

PERGUNTAS SOBRE COMPORTAMENTOS DE RISCO

Indica quais das seguintes situações te aconteceram em algum momento da tua vida

	Sim	Não
Conduzir um carro na via pública sem carta de condução		
Danificar propositadamente objectos públicos/alheios, como cabines telefónica, carros, janelas, candeeiros públicos		
Trazer coisas das lojas sem pagar		
Aprendeste a utilizar armas (depois dos 12 anos)		

PERGUNTAS SOBRE SAÍDAS NOCTURNAS

Nas últimas quatro semanas quantas vezes saíste à noite?	
Num fim-de-semana (incluindo quinta-feira, sexta, sábado) quantas noites costumás sair normalmente?	
Quando saís à noite, quantas horas costumás sair de cada vez?	
Quando saís à noite, a quantos cafés/bares/discotecas costumás ir?	
Em média, quanto dinheiro gastas, por noite, quando saís? (inclui transporte, bebidas, comidas, entradas, tabaco e outras drogas, etc...)	

PERGUNTAS RELACIONADAS COM O TRANSPORTE

Quando saís à noite que meio de transporte usas para voltar para casa? (assinala uma, a principal)	
1. Taxi	
2. A pé	
3. Transportes públicos (autocarro, metro)	
4. Transporte privado (carro, mota)	
5. Outros: _____	

PERGUNTAS RELACIONADAS COM A TUA SAÚDE

	Sim	Não
Nas últimas 4 semanas, sentiste-te bem fisicamente?		
Nos últimos 12 meses, alguma vez te sentiste tão triste ou desesperado, a ponto de deixares de fazer as tuas actividades normais durante uma semana ou mais?		
Estás satisfeito com a tua vida no geral?		
Se tivesses que escolher, preferias divertir-te ou ser saudável?	Divertir-me	Ser saudável

	Sim	Não
Estás satisfeito com o teu peso?		
Se não. Porquê? _____		
Praticas alguma actividade desportiva? (pelo menos 30 minutos por dia)		
Nos últimos 12 meses algumas vezes pensaste seriamente em cometer suicídio?		

PERGUNTAS SOBRE SEXUALIDADE

Como descreves a tua orientação sexual?	
Homossexual	
Heterossexual	
Bissexual	
Outras: _____	

	Sim	Não
Alguma vez tiveste relações sexuais? (completas)		

Que idade tinhas quando tiveste a tua primeira relação sexual?	
--	--

Perguntas relativas aos últimos 12 meses (Responde apenas se tiveste relações sexuais nos últimos 12 meses)	
Nos últimos 12 meses, quantos parceiros sexuais tiveste?	

Durante os últimos 12 meses,	Nunca	Uma vez	A maioria	Sempre
faz uma estimativa da frequência com que tiveste relações sexuais desprotegidas (sem protecção contra DSTs?; Ex: preservativo)				
faz uma estimativa da frequência com que tiveste relações sexuais sem o uso, por ti ou pelo teu / tua parceiro/a de métodos contraceptivos (preservativo ou outros)?				
quantas vezes tiveste relações sexuais sob o efeito de álcool?				
quantas vezes tiveste relações sexuais sob o efeito de drogas ilegais?				

Em relação ao sexo, usas habitualmente álcool ou outras drogas, para obter os seguintes efeitos? Assinala todas as que se aplicarem a diferentes substâncias

	Álcool	Cannabis	Cocaína	Ecstasy	Outras
Prolongar o acto sexual					
Potenciar o prazer sexual (ter mais excitação)					
Para facilitar o início das relações (desinibir)					
Ajudar a ter práticas sexuais invulgares ou muito mais excitantes					
Outras					

	Sim	Não
Acreditas que estar sob o efeito de drogas ou álcool te influencia a teres relações sexuais desprotegidas?		

PERGUNTAS SOBRE O CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS E ÁLCOOL

Gostaríamos de saber quais das seguintes substâncias usas (ou usaste), com que regularidade e com que idade começaste a consumir									
Substâncias	Nunca	Idade do 1º consumo	Experimentei 1/2 vezes e não voltei a consumir	Antes sim, agora não	Menos de 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2-4 dias por semana	5 ou mais dias por semana
Álcool									
Tabaco									
Cannabis									
Cocaína									
Écstasy									
LSD									
Anfetaminas									
Heroína									
GHB									
Ketamina									
Popper									
Cogumelos									
Tranquilizantes									
Outras									
Quais									

Nas últimas quatro semanas quantas vezes te embriagaste?	
---	--

Pensa nos últimos 12 meses - tiveste algum dos seguintes problemas devido ao consumo de álcool ou de outras drogas?

	Sim	Não
Acidente rodoviário		
Magoei-me/fiquei ferido (por qualquer outro acidente)		
Problemas com a polícia		
Falta de dinheiro ou dívidas		
Sentir-me doente		
Arranjar discussões		
Problemas com pais ou familiares próximos		
Problemas com amigos ou namorada/o		
Problemas na escola/trabalho		
Envolveste-te em lutas		
Ter uma relação sexual da qual mais tarde te arrependeste		
Maltratei a/o minha namorada/o		
Fui maltratado/a pelo meu namorado/a		

Indica se estás ou não de acordo com as seguintes afirmações

	Não concordo	Não concordo totalmente	Concordo	Concordo totalmente
É importante pensar antes de agir				
Tenho que ter tudo rapidamente				
Faço frequentemente coisas sem pensar nas consequências				
Troco frequentemente de actividade em vez de fazer uma coisa de cada vez				

PERGUNTAS SOBRE OS AMIGOS

Tendo em conta as últimas vezes que saíste à noite, com quantos amigos costumas normalmente sair?		
	Sim	Não
Normalmente saís à noite com o mesmo grupo de amigos?		
Se não, quantos grupos de amigos diferentes tens? _____		
Os teus pais/família conhecem os amigos com quem geralmente saís à noite		
Se sim, quantos? _____		
Além dos amigos com quem saís à noite, tens outros amigos íntimos com quem não costumas sair à noite?		

Em relação ao grupo de amigos com quem habitualmente saís à noite (pensando nas últimas vezes que saíste), normalmente:

Ficam juntos durante toda a noite	
Separam-se durante a noite	

Se normalmente mudas de grupo (ou abandonas o grupo com que iniciaste a noite) diz a principal razão porque o fazes (assinala as que consideras)

	Sim	Não
É mais divertido mudar de grupos		
Para poder fazer coisas diferentes		
Faço-o para poder ir a sítios mais movimentados		
Vou com outros apenas quando quero conhecer alguém do sexo oposto		
Outras: _____		

Em relação aos teus amigos e ao uso de drogas ilícitas diz se:

	Sim	Não
Algun dos teus amigos deixou de o ser, devido ao teu uso de álcool ou drogas ilícitas		
Distanciaste-te de algum amigo por causa do consumo exagerado de álcool e outras drogas ilícitas?		
Pensas que, ter drogas ilícitas ou consumi-las, te permite ter mais amigos?		
Pensas que ter drogas ilícitas ou consumi-las te permite ter mais sucesso com o sexo oposto?		

Em relação aos amigos com quem costumas sair mais à noite, porque saís com eles e não com outros?

	Sim	Não
Temos os mesmos gostos (roupas, música, etc.)		
Gostamos de ir aos mesmos locais (discotecas, bares, etc.)		
Conheço-os há muito tempo e passámos bons momentos juntos		
Não tenho alternativa porque não tenho outros amigos		
Sinto que os meus amigos me compreendem bem		
Interessamo-nos pelas mesmas coisas em relação à sexualidade		

Pertences a algum tipo de associação ou clube/desportivo ou cultural?		
--	--	--

BDI-II

Leia cuidadosamente cada grupo e escolha a frase, **apenas uma frase**, em cada grupo que melhor descreve a maneira como se tem sentido nas **últimas duas semanas, incluindo hoje**. Faça um círculo em torno do algarismo junto da afirmação que escolheu. Se várias afirmações, no mesmo grupo, lhe parecerem igualmente adequadas assinale o algarismo mais elevado para esse grupo.

1. Tristeza

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Sinto-me triste a maior parte do tempo.
- 2 Estou sempre triste.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. Pessimismo

- 0 Não estou desanimado quanto ao futuro.
- 1 Sinto-me mais desanimado quanto ao futuro do que habitualmente.
- 2 Não tenho esperança que as coisas se resolvam para mim.
- 3 Não tenho esperança no meu futuro e penso que só pode piorar.

3. Fracasso

- 0 Não me sinto um fracasso.
- 1 Falhei mais do que devia.
- 2 Quando olho para trás o que vejo é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um fracasso total.

4. Perda de Prazer

- 0 Tiro prazer das coisas de que gosto como sempre tirei.
- 1 Não tiro tanto prazer das coisas como costumava tirar.
- 2 Tiro muito pouco prazer das coisas de que costumava gostar.
- 3 Não consigo tirar nenhum prazer das coisas de que costumava gostar.

5. Sentimentos de Culpa

- 0 Não me sinto particularmente culpado.
- 1 Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou que deveria ter feito.
- 2 Sinto-me culpado na maior parte do tempo.
- 3 Sinto-me permanentemente culpado.

6. Sentimentos de Punição

- 0 Não acho que esteja a ser punido.
- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Estou à espera de ser punido.
- 3 Acho que estou a ser punido.

7. Auto-Depreciação

- 0 Sinto o que sempre senti em relação a mim mesmo.
- 1 Perdi a confiança em mim mesmo.
- 2 Estou decepcionado comigo mesmo.
- 3 Não gosto de mim.

8. Auto-Crítica

- 0 Não me critico ou culpo mais do que o habitual.
- 1 Sou mais crítico comigo mesmo do que costumava ser.
- 2 Critico-me por todas as minhas falhas.
- 3 Culpo-me por tudo o que de mal me acontece.

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
- 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Matava-me se tivesse oportunidade.

10. Choro

- 0 Não choro mais do que o costume.
- 1 Choro mais do que costumava.
- 2 Choro por pequenas coisas.
- 3 Sinto vontade de chorar mas não consigo.

11. Agitação

- 0 Não estou mais inquieto ou agitado do que o costume.
- 1 Sinto-me mais inquieto e agitado do que o costume.
- 2 Estou tão inquieto ou agitado que é difícil manter-me quieto.
- 3 Estou tão inquieto ou agitado que tenho de estar constantemente a mexer-me ou a fazer alguma coisa.

12. Perda de Interesse

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou actividades.
- 1 Estou menos interessado noutras pessoas ou coisas do que costumava estar.
- 2 Perdi a maior parte do interesse por outras pessoas ou coisas.
- 3 É difícil interessar-me por qualquer coisa.

13. Incapacidade de decidir

- 0 Tomo tão bem decisões como sempre.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões do que o costume.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que costumava ter.
- 3 Tenho dificuldade em tomar qualquer decisão.

14. Falta de valor pessoal

- 0 Sinto que não sou um inútil.
- 1 Não me considero tão útil e valioso como antes.
- 2 Sinto-me inútil quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Sinto-me completamente inútil.

15. Perda de energia

- 0 Tenho tanta energia como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer grande coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para fazer qualquer coisa, seja o que for.

16. Alterações do Padrão do Sono

- 0 Não sofri nenhuma alteração do meu padrão de sono.
- 1a Durmo um pouco mais que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos que o habitual.
- 2a Durmo bastante menos que o habitual.
- 2b Durmo bastante mais que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 a 2 horas mais cedo e não consigo voltar a adormecer

17. Irritabilidade

- 0 Não ando mais irritável do que o costume.
- 1 Ando mais irritável do que o costume.
- 2 Ando muito mais irritável do que o costume.
- 3 Ando permanentemente irritável.

18. Alterações do Apetite

- 0 Não notei nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Tenho um pouco menos de apetite do que o costume.
- 1b Tenho um pouco mais de apetite do que o costume.
- 2a Tenho muito menos apetite do que antes.
- 2b Tenho muito mais apetite do que antes.
- 3a Não tenho apetite nenhum.
- 3b Tenho um desejo constante de comer.

19. Dificuldade de Concentração

- 0 Consigo concentrar-me tão bem como sempre.
- 1 Não consigo concentrar-me tão bem como de costume.
- 2 É difícil manter a minha atenção, nalguma coisa, por muito tempo.
- 3 Noto que não me consigo concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- 0 Não estou mais cansado ou fatigado do que o costume.
- 1 Canso-me ou fatigo-me mais do que o costume.
- 2 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer.

21. Perda de Interesse em Sexo

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
- 2 Estou muito menos interessado por sexo, agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.